

年 月 日

学校教育課
 小学校給食センター
 中学校給食センター 行き

食物アレルギー対応報告書（第一報）

報告者名	学校	職名	氏名
児童生徒の 情報	年	組	氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	エピペン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	アレルギー		
発生日時	年	月	日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
発生場所			
発見者	職名	氏名	
献立	通常献立 主食（ご飯・パン）、牛乳 おかず [] 対応食の内容 []		
発生状況	<small>※時系列で記入 ※保護者対応含む</small>		
児童生徒の 症状			
児童生徒へ の対応	服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	服薬した薬		
	服薬時刻	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分	
	エピペン投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	エピペン投与時刻	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分	
	119番通報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分	
	受診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名： 同行者： 受診方法： <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他	

※対応報告書（第一報） 送信先：小学校の場合は、学校教育課と小学校給食センター
 中学校の場合は、学校教育課と中学校給食センター

※速やかに報告出来る方法で報告してください [電話による口頭報告 ・ FAX]